

Forslag
til

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., sundhedsloven og forskellige andre love.

(Udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, anvendelse af kropsscannere og narkohunde, ambulat behandling af retspsykiatriske patienter på privathospitaler, m.v.)

§ 1

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015, med de ændringer, der følger af § 7 i lov nr. 656 af 8. juni 2018 og § 1 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændringer:

1. I § 4 a ændres »§ 19 a, stk. 1 og 4« til: »§ 19 a, stk. 1, 4, 6 og 8.«

2. § 13 a, stk. 1, affattes således:

»§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, efter udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.«

3. I § 13 a indsættes før stk. 2 som nyt stykke:

»Stk. 2. Hvis en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der efter udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

4. § 13 d og § 13 e ophæves.

5. *Overskriften* til kapitel 5 a affattes således:

»Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, samt anvendelse af kropsscannere og narkohunde m.v.«

6. I § 19 a indsættes efter stk. 5 som nye stykker:

»Stk. 6. Overlægen kan i de situationer, der er omfattet af stk. 1, og ved mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande uretmæssigt søges medbragt til afdelingen, uden retskendelse beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Stk. 7. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om anvendelse af kropsscannere.

Stk. 8. Overlægen kan ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdelings udearealer beslutte, at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af disse arealer.

Stk. 9. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere retningslinjer om anvendelsen af narkohunde i forbindelse med undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer.«

7. I § 20, stk. 1, udgår »13 d,«

8. I § 24, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«

9. I § 26, stk. 1, ophæves 4.-6. pkt.

10. I § 32, stk. 3, ophæves 2. pkt.

11. I § 35, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«

12. § 36, stk. 3, 1. pkt., affattes således:

»Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.«

13. I § 37, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«

14. § 37, stk. 3, ophæves.

15. § 40, stk. 3, affattes således:

»Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13 og 21, stk. 2, samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.«

16. Overalt i loven ændres »Statsforvaltningen« til: »Nævnenes Hus«.

I lov om retspsykiatrisk behandling m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1396 af 21. december 2005, foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes som *stk. 2*:

»*Stk. 2.* Regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, der i henhold til *stk. 1, nr. 2*, på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

2. I § 1 indsættes som nyt *stk. 3*:

»*Stk. 3.* Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af institutioner som nævnt i *stk. 2*.«

§ 3

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 191 af 28. februar 2018, som senest ændret ved lov nr. 730 af 8. juni 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 238, *stk. 2*, indsættes efter »afsnit VI til«: »somatisk«

2. I § 238 indsættes efter *stk. 2* som nye stykker:

»*Stk. 3.* Ud over den betaling, der opkræves efter *stk. 1*, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde, som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 4. Taksterne efter *stk. 3* får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.«

Stk. 3-6 bliver herefter *stk. 5-8*.

3. I § 238, *stk. 4*, som bliver *stk. 6*, ændres »*stk. 1 og 3*« til: »*stk. 1 og 5*«.

4. I § 238, *stk. 5*, som bliver *stk. 7*, ændres »*stk. 1-4*« til: »*stk. 1-6*«.

5. § 238, *stk. 6*, som bliver *stk. 8*, affattes således:

»*Stk. 8.* Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter *stk. 2 og 3* til kommunerne.«

§ 4

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 41, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter »§ 142, stk. 4«: », og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse«.

2. I § 41, stk. 1, indsættes som 3. pkt.:

»I tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser skal ordinationen foretages straks.«

§ 5

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 1101 af 22. september 2017 (retsplejeloven), som ændret senest ved lov nr. 715 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 469, stk. 1 og 4, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«

§ 6

Loven træder i kraft den 1. juli 2019, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Lovens § 3, nr. 2, træder i kraft den 1. januar 2020.

§ 7

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Lovens §§ 1 og 4 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget
Almindelige bemærkninger
Indholdsfortegnelse

1. Indledning

2. Lovforslagets hovedindhold

2.1. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

2.1.1 Gældende ret

2.1.1.1 Psykiatriloven

2.1.1.2 Serviceloven

2.1.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.2 Tvungen opfølgning efter udskrivning

2.2.1 Gældende ret

2.2.2 Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning

2.2.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.3 Brug af kropsscannere og narkohunde i forbindelse med mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling

3.3.1 Gældende ret

3.3.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.4 Mulighed for regionerne til at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulans behandlingsdom

2.4.1 Gældende ret

2.4.1.1 Straffelovens bestemmelser om personer dømt til retspsykiatriske foranstaltninger.

2.4.1.2 Indlæggelse og behandling på psykiatriske sygehuse i lov om retspsykiatrisk behandling m.v.

2.4.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.5 Justering af takster for psykiatriske færdigbehandlingsdage

2.5.1 Gældende ret

2.5.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.6 Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug og tilvejebringelse af et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

2.6.1 Gældende ret

2.6.1.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug

- 2.6.1.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling
- 2.6.2 Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug
- 2.6.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold
 - 2.6.1.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug
 - 2.6.1.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

5. Administrative konsekvenser for borgere

6. Miljømæssige konsekvenser

7. Forholdet til EU-retten

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

9. Sammenfattende skema

1. Indledning

Der er en stigning i antallet af mennesker med kort eller langvarig psykisk mistrivsel, som har brug for professionel hjælp til at blive raske eller leve et godt liv med deres sygdom.

Det er derfor afgørende for regeringen, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser opprioriteres og styrkes. Særligt for mennesker med svære psykiske lidelser er der behov for en styrket indsats for at undgå usammenhængende behandlingsforløb, genindlæggelser og høj overdødelighed.

Regeringen fremsatte på denne baggrund psykiatrihandlingsplanen *Vi løfter i fællesskab* i september 2018. Psykiatrihandlingsplanen indeholder en række nye initiativer fordelt på seks indsatsområder for at give en styrket og sammenhængende behandling af mennesker med psykiske lidelser og opprioritere den indsats, der ligger før og efter en eventuel indlæggelse i psykiatrien.

Initiativerne i psykiatrihandlingsplanen bygger blandt andet på det faglige oplæg, *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*, som Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i juni 2018. Derudover bygger planen oven på anbefalingerne fra *Styringsgennemgang af psykiatrien* udarbejdet af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Børne- og Socialministeriet har desuden været inddraget i arbejdet. Initiativerne står på skuldrene af seks analyser, som Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med Børne- og Socialministeriet har udarbejdet, og som giver et indblik i psykiatrien på tværs af kommuner og regioner, førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien og overlappet mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatrien.

På baggrund af initiativerne i psykiatrihandlingsplanen vil regeringen fremsætte en række lovforslag med det formål at bidrage til at indfri regeringens ønske om at løfte kvaliteten og sikre sammenhængen i forbindelse med behandling af mennesker med psykiske lidelser. Med lovforslaget stilles der på denne baggrund blandt andet i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (herefter psykiatriloven) forslag om, at der skal indgås udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatriloven for alle voksne indlagte psykiatriske patienter, som modtager støtte som følge af nedsat psykisk funktions-ejne i henhold til afsnit V i serviceloven.

Der stilles desuden forslag om, at der på alle psykiatriske afdelinger ved mistanke om at der findes medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, kan anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang på afdelingerne, og at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer.

Der foreslås derudover, at der skal kunne opkræves færdigbehandlingstakster for psykiatriske færdigbehandlingstakster. Endvidere foreslås der tilvejebragt et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for, at læger ansat i sygehusvæsenet må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som er indlagt på sygehus, samt at personer med et stofmisbrug og med behandlingskrævende akutte abstinenser straks skal tilbydes abstinensbehandling, indtil den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes. Endelig foreslås det, at be-

handlingsmulighederne udvides for ambulante patienter i retspsykiatrien, således at regionerne har mulighed for at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulat behandling.

2. Lovforslagets hovedindhold

2.1 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

2.1.1 Gældende ret

2.1.1.1 Psykiatriloven

Det følger af psykiatrilovens § 13 a, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det følger endvidere af lovens § 13 b, at hvis patienter, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Der stilles samme indholdsmæssige krav til en koordinationsplan, som indgås uden patientens medvirken, som til en udskrivningsaftale, der indgås med patientens medvirken.

Det overordnede ansvar og pligten til at føre tilsyn er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Det nærmere indhold af udskrivningsaftaler er fastsat i vejledninger udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, ligesom indholdet er beskrevet i rapporten *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien* fra september 2011. Som minimum skal udskrivningsaftalerne indeholde diagnoser, plan for den påtænkte behandling, sociale foranstaltninger samt hvem der skal reagere, hvis patienten ikke følger behandlingsplanen. Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de øvrige relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

De nærmere regler om registrering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner fremgår af bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger. Af bekendtgørelsens kapitel 3 fremgår, at patientens navn og cpr-nr., dato for indlæggelse og udskrivning, dato for etablering og udløb af udskrivningsaftalen og navnet på den etablerede overlæge skal registreres ved indgåelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Det fremgår endvidere, at der ved registrering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, i journalen skal henvises til, at der er foretaget en sådan registrering, og at en patient har ret til at gøre sig bekendt med, hvad der er registreret om patienten selv.

Det følger af psykiatrilovens § 13 c, at den psykiatriske afdeling har mulighed for at videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, pri-

vatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. Således sikres det, at der kan udveksles nødvendig viden i forbindelse med indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, og at patienten ikke selv bliver den primære ansvarlige for at videreformidle centrale oplysninger om sin egen behandling.

2.1.1.2 Serviceloven

Efter bestemmelserne i servicelovens afsnit V om støtte som følge af nedsat psykisk funktionsevne, har kommunalbestyrelsen pligt til at tilbyde borgere en lang række indsatser i form af eksempelvis socialpædagogisk støtte, behandling af stofmisbrugere, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud og midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer. Målgruppen for indsatserne omfatter f.eks. mennesker med udviklingshæmning eller autisme m.v., samt mennesker med svære psykiske lidelser, mennesker der lever i længerevarende hjemløshed og mennesker med udprøgede stofmisbrugsproblemer. Der er således tale om mennesker, som har dybtgående problemer med at få, bibeholde eller klare sig i egen bolig, eller for hvem der bør gøres en ekstra og mere langsigtet indsats, f.eks. for at kunne udvikle en positiv identitet, for at opøve særlige færdigheder eller for at mestre en aktiv livsudfoldelse i samspil med andre.

2.1.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

Mennesker med svære psykiske lidelser søger ofte ikke på eget initiativ den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter udskrivning, og de kan derfor ofte blive tabt i overgangen mellem forskellige behandlingsinstanser. Denne gruppe er karakteriseret ved et sammenfald af meget tunge psykiatriske og sociale problemer, ligesom gruppen ofte er kendetegnet ved en kombination af alvorlig sindslidelse og misbrug, manglende sygdomserkendelse og modstand over for behandling. Patienterne vil desuden ofte være uden sociale kontakter, hvorfor der er endnu større risiko for, at ingen vil bemærke, eller først på et meget sent tidspunkt vil bemærke, at patienterne er faldet ud af behandlingssystemet efter udskrivning.

Dog er det i praksis kun et fåtal af de psykiatriske patienter, der i forbindelse med deres udskrivelse fra psykiatrien, får udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, som blandt andet indeholder oplysninger om den fremtidige behandling og sociale foranstaltninger for patienten efter udskrivning, samt oplysninger om, hvem der skal reagere, hvis patienten ikke følger planen. Udviklingen i antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner viser således, at der på landsplan alene blev udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for cirka 730 patienter i 2017.

Behovet for, at der bliver indgået flere udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i forbindelse med udskrivning af patienter fra psykiatrien er blandt andet blevet fremhævet af FOA's psykiatriudspil *Sammen om psykiatrien*, hvor det blev påpeget, at personalet på botilbud alt for ofte ikke får de nødvendige oplysninger om patienter efter udskrivning fra psykiatrien. Det blev endvidere i forbindelse med afrapporteringen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, bestående af KL, Danske Regioner og staten, i juni 2017 anbefalet at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for personer med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen har desuden i forbindelse med en evaluering af psykiatrilovens §§ 13 d og e om muligheden for tvungen

opfølgning efter udskrivning, bemærket de positive effekter ved anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. I Sundhedsstyrelsens rapport *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien* fra 2011 vurderede Sundhedsstyrelsen, at der fandtes patientforløb, hvor udarbejdelsen af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan var relevant, men ikke blev foretaget. Der blev desuden peget på, at der ikke blev udarbejdet så mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som ønsket, og at anvendelsen af disse i nogle patientforløb kunne have afværget en tvangsindlæggelse.

Sundheds- og Ældreministeriet finder det på den baggrund hensigtsmæssigt, at der indgås flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvilket vil medføre en øget koordinering af behandlingstilbud efter udskrivning og dermed en mere helhedsorienteret behandling for patienten.

Det foreslås derfor, at overlægen bliver ansvarlig for, at der indgås udskrivningsaftaler for patienter over 18 år, der som følge af nedsat psykisk funktionsevne, modtager støtte i henhold til afsnit V i serviceloven.

Den foreslåede bestemmelse indebærer således, at den ansvarlige overlæge ikke forinden udskrivelsen af patienten skal foretage en vurdering af, om patienten må forventes at søge støtte eller behandling efter udskrivning, men uden videre skal sørge for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, hvis patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V om støtte som følge af nedsat psykisk funktionsevne.

Det foreslås endvidere, at overlægen får ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan for patienter, som ikke er omfattet af den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 1, såfremt overlægen vurderer, at patienten ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud.

Den foreslåede bestemmelse indebærer således, at overlægen i modsætningen til § 13 a, stk. 1 skal foretage en konkret lægefaglig vurdering af patientens tilstand. Det bemærkes, at den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 2, ikke indeholder et alderskriterium, og således er gældende for patienter under 18 år. Patienter under 18 år vil dog oftest være omfattet af andre former for indsatser, hvorfor der ofte ikke vil være behov for at indgå en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være konkrete tilfælde, hvor der vil være behov herfor.

Det estimeres, at knap 7.000 patienter samlet set vil blive omfattet af forslaget's stk. 1 og stk. 2.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at der ikke tilsigtes ændringer i udskrivningsaftalerne og koordinationsplanernes indhold eller form. Sundheds- og Ældreministeriet bemærker endvidere, at den ansvarlige overlæge både i de tilfælde, hvor der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og i de tilfælde, hvor en patient udskrives uden udarbejdelse af disse, skal søge at indhente patientens samtykke til at inddrage patientens pårørende, således at de er orienterede om udskrivningen og dermed har mulighed for at bistå patienten i tiden efter udskrivningen. De pårørende har en stor betydning for mennesker med psykiske lidelser, og de kan være en stor ressource, der kan bi-

drage til at støtte patienten i overgangen efter udskrivning fra en psykiatrisk afdeling til en hverdag uden for afdelingen.

Der tilsigtes heller ikke en ændring af, at ansvaret for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Det er således alene omfanget af indgåelse af hhv. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der søges udvidet med lovforslaget.

2.2 Tvungen opfølgning efter udskrivning

2.2.1 Gældende ret

Det følger af psykiatrilovens § 13 d, stk. 1, at overlægen inden patientens udskrivning kan træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, og at følgende betingelser er opfyldt:

Patienten skal de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse have været tvangsindlagt mindst tre gange og i mindst ét tilfælde have undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, samt i forbindelse med den aktuelle indlæggelse være blevet tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opsøgende behandling med et udgående psykiatriteam, men undladt at følge den ordinerende medicinske behandling.

Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan i henhold til § 13 d, stk. 2, alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan overlægen i henhold til § 13 d, stk. 3, beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.

Det er i § 13 d, stk. 4, fastsat, at der ved medicinering i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler, for hvilke overlægen kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depotform. Kravet om anvendelse af det mindst indgribende middel skal således opfyldes.

En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan i henhold § 13 d, stk. 5, være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten. Endelig følger det af § 13 d, stk. 6, at overlægen, hvis der er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ved 3-måneders-periodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.

Endelig blev det ved vedtagelsen af bestemmelserne om tvungen opfølgning i lov nr. 533 af 26. maj 2010 fastsat, at sundhedsministeren efter en forsøgsperiode på fire år skulle fremsætte forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15. Ved lov nr. 579 af den 4. maj 2015 blev evalueringstidspunktet for ordningen udsat med yderligere fire år til folketingsåret 2018-2019, som følge af et sparsomt datagrundlag fra blot 30 patienter i en evalueringen fra Sundhedsstyrelsen.

2.2.2 Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning

I overensstemmelse med bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvor forsøgsordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning blev indført, har Sundhedsstyrelsen monitoreret bestemmelsen og udarbejdet en evaluering af bestemmelsen på baggrund heraf. Evalueringen vedrører perioden fra 2010 til 2017.

Evalueringen viser, at 126 personer i en syvårig periode har været omfattet af ordningen. Patientgruppen beskrives som nogle af de mest alvorligt psykisk syge, og karakteriseres af det sundhedsfaglige personale og bostedspersonalet som habituel kronisk psykotiske, og uden behandling svært psykotiske og uden sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Overvejende er patienterne diagnosticeret med skizofreni og bor i eget hjem eller på et bosted.

Undersøgelsen viser endvidere, at alle regioner anvender ordningen, og at ordningen medfører et øget brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvilket fører til mere forebyggelse og nedsætter antallet af tvangsindlæggelser. Endeligt viser undersøgelsen, at der er uenighed om ordningens hensigtsmæssighed, og hvorvidt der er tale om det mindst indgribende middel over for patientgruppen.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringen bemærket, at erfaringsgrundlaget med ordningen er begrænset, da ordningen kun har været brugt få gange henset til bestemmelsens meget restriktive krav for anvendelsen af ordningen. Det kræves eksempelvis, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange og i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Sundhedsstyrelsen har endvidere påpeget, at evalueringen fremhæver nogle retssikkerhedsmæssige overvejelser. Psykiatrilovens øvrige regler omfatter som udgangspunkt alene personer, der indlægges på psykiatrisk afdeling og opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Lovens regler om tvangsbehandling m.v. kan således som hovedregel ikke anvendes over for personer, der ikke opholder sig på psykiatrisk afdeling, hvorfor tvungen opfølgning udgør en undtagelse til denne hovedregel, og finder anvendelse over for personer, der ikke længere er psykotiske eller inhabile, og som ikke længere opholder sig på psykiatrisk afdeling, men som forventes at opleve et tilbagefald og dermed forventes at blive inhabile, såfremt tvang ikke anvendes.

Som anført af Sundhedsstyrelsen, indebærer tvungen opfølgning endvidere, at patienten kan pålægges at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, hvilket også kan omfatte distrikt-psykiatriske centre, hvor der ikke nødvendigvis er en læge til stede ved medicineringen. Dette ad-

skiller sig ligeledes fra de generelle principper for frihedsberøvelse og tvangsbehandling, der som udgangspunkt alene må finde sted på psykiatrisk afdeling, hvor der altid vil være en behandlingsansvarlig overlæge.

Tvangsmedicinering under tvungen opfølgning adskiller sig ydermere fra anden tvangsbehandling ved ikke i samme grad at bero på en aktuel og konkret lægelig vurdering af patientens behov i den konkrete situation. Tvungen opfølgning iværksættes i perioder på op til tre måneder og behandlingen af patienten kan således tage udsping i gammel ordination.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der eksistere en mindre hensigtsmæssig fortolkning af mindstemiddelprincippet i forbindelse med anvendelsen af depotpræparater i sammenhæng med tvungen opfølgning. Det blev i lovbemærkningerne ved indførslen af tvungen opfølgning anbefalet at anvende depotpræparater, da dette blev betragtet som et mindre indgribende middel end daglig tabletbehandling over for denne specifikke patientgruppe. Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn har omvendt over mange år fastlagt en praksis, der tilsiger, at brug af depotmedicin under indlæggelse er mere indgribende end enkeltdosering og derfor ikke bør anvendes, hvis en mindre indgribende metode er mulig. Dette medfører, at patienter under indlæggelsen ikke kan forberedes og understøttes i overgangen til depotmedicinering efter udskrivningen, hvilket kan betyde et betydeligt skift i behandlingen for patienten.

Sundhedsstyrelsen har bemærket, at sundhedspersonerne, som har anvendt ordningen, vurderer, at ordningen ofte udgør en væsentlig mulighed for at fastholde patienten i et stabilt behandlingsforløb og at ordningen er effektiv mens patienterne er omfattet. De sundhedsprofessionelle har dog bemærket, at den forbedrede situation er midlertidig, dels fordi der er tidsbegrænsning på ordningens varighed på maksimalt 12 måneder, dels fordi patientgruppen i stor udstrækning udgøres af kronisk syge personer, der ophører med at følge behandlingen og falder tilbage i sygdommen efter ordningens udløb. Dog er en positiv sideeffekt, at ordningen har bidraget til en øget og mere kvalificeret brug af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for patienter, som beskrevet i psykiatrilovens §§ 13 a og 13 b. I den forbindelse påpeger Sundhedsstyrelsen, at det bør overvejes at revidere psykiatrilovens bestemmelser omkring disse planer og aftaler.

På baggrund af afvejningen mellem det lave antal patienter med alvorlig, kronisk sygdom, som er omfattet af bestemmelserne, og de retssikkerhedsmæssige udfordringer, bestemmelserne medfører, er det således Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering, at ordningen bør ophøre.

2.2.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

For at hjælpe de sværest psykisk syge patienter, der gentagne gange er blevet indlagt med tvang, blev der i 2010 som forsøgsordning indført hjemmel til tvungen opfølgning efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling.

Indførslen af ordningen afspejlede aftalen om satspuljen på sundhedsområdet for 2010-2013, som regeringen og satspuljepartierne indgik den 26. oktober 2009. Af aftalen fremgik, at satspuljepartierne havde noteret sig, at der fandtes en meget lille gruppe patienter, som var svære at fastholde i medi-

cinsk behandling. Det fremgik endvidere, at satspuljepartierne på den baggrund imødeså, at regeringen fremsatte et lovforslag, som i en forsøgsperiode på 4 år gav mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivning over for disse meget få patienter.

Som beskrevet ovenfor udarbejde Sundhedsstyrelsen i 2017 en evaluering af ordningen, hvoraf det fremgik, at blot 126 patienter havde været omfattet af ordningen siden 2010.

Sundheds- og Ældreministeriet finder på baggrund af Sundhedsstyrelsens evaluering og henset til de retssikkerhedsmæssige hensyn, der er forbundet med anvendelsen af tvang, at psykiatrilovens §§ 13 d og 13 e om tvungen opfølgning efter udskrivning bør ophæves, da effekten af ordningen har vist sig at være beskedent og ikke tilstrækkelig effektiv.

Sundheds- og Ældreministeriet har lagt vægt på det lave antal alvorligt psykisk syge patienter, som har været omfattet af bestemmelsen, samt at den manglende effekt af tvungen opfølgning efter udskrivning skal ses i forhold til, at bestemmelsen er en fravigelse af det grundlæggende sundhedsretlige princip om, at behandling ikke kan indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. En fravigelse heraf bør derfor bero på tungtvejende sundhedsfaglige og juridiske argumenter, hvilket ifølge Sundheds- og Ældreministeriets ikke foreligger eller har kunne udledes af Sundhedsstyrelsens undersøgelse.

Der foreslås endvidere, at der som konsekvens af forslaget om ophævelse af ordningen om tvungen opfølgning, foretages en række ændringer af psykiatriloven samt af retsplejeloven.

Det bemærkes, at det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at de psykiatriske afdelinger i stedet bør øge anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som beskrevet i psykiatrilovens §§ 13 a og 13 b, jf. ovenfor om forslaget vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

2.3 Brug af kropsscannere og narkohunde i forbindelse med mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling

2.3.1 Gældende ret

Efter psykiatrilovens § 19 a, kan overlægen ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling, for at sikre, at disse ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse beslutte, at en patients post skal åbnes eller kontrolleres, at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller at der skal foretages kropsvisitation af en patient.

Der fremgik indtil 2015 et krav om begrundet mistanke forud for iværksættelse af kontrollen. Dette blev dog ændret ved lov nr. 579 af 4. maj 2015 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvor kravet om begrundet mistanke bortfaldt. Med ændringen i 2015 skal der nu alene foreligge en mistanke forud for iværksættelse af kontrol og åbning af post, undersøgelse af patientens stue eller ejendele og kropsvisitation. Det forstås herved, at overlægen eller det øvrige personale på afdelin-

gen blot skal have en rimelig grund til at formode, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen, jf. bekendtgørelse nr. 1102 af 11. september 2015 om åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer samt kropsvisitation m.v. på psykiatrisk afdeling (herefter bekendtgørelsen).

Formålet med bestemmelsen er bl.a. hensynet til patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale, herunder ved at søge at forhindre, at patienter begår personfarlig kriminalitet under indlæggelsen. Kropsvisitation omfatter i henhold til § 19, stk. 2, ikke undersøgelse af kroppens hulrum, fx endetarmsundersøgelse, og skal i henhold til § 5 foregå så skånsomt som muligt, så der ikke sker unødigt krænkelser eller ulempe.

Åbning og kontrol af post foretages alene med henblik på at kontrollere, om posten indeholder farlige genstande, medikamenter eller rusmidler.

Der kan være tale om genstande eller midler, der kan udgøre en fare for patienten selv eller andre, hvis genstandene findes på afdelingen. Farlige genstande kan eksempelvis være knive eller andre våben, men det kan også være genstande, som man normalt ikke ville betragte som farlige, f.eks. værktøj, nåle eller glasflasker. Af rusmidler kan nævnes narkotiske stoffer eller alkohol. For så vidt angår medikamenter kan det være alle former for medicin, både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin.

Hjemlen til at åbne og kontrollere post indebærer, at både breve og pakker kan undersøges. Posten kan alene undersøges for, om de nævnte genstande, medikamenter og rusmidler findes i posten. Der er ikke hjemmel til at læse indholdet af posten. En beslutning om undersøgelse af stue og ejendele omfatter f.eks. undersøgelse af skabe og skuffer på stuen, men også patientens personlige tasker og andre ejendele kan med hjemmel i denne bestemmelse undersøges.

Efter psykiatriloven gælder et proportionalitetsprincip, jf. § 4, stk. 2, om mindstemiddelprincippet. Det følger heraf, at der i en given situation altid skal anvendes den mindst muligt indgribende foranstaltning, og at den tidsmæssige udstrækning skal begrænses til det absolut nødvendige. I mindstemiddelprincippet ligger endvidere, at eksempelvis kropsvisitation skal udføres så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, så der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.

2.3.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

Misbrugsproblemer på de psykiatriske afdelinger kan skabe udfordringer, eksempelvis når patienter eller andre, der søger adgang til afdelingen, tager eller sælger stoffer på afdelingen. Dette skaber utryghed blandt både patienter og personale, som oplever, at patienter med stofmisbrug bliver mere uligevægtige, når de er påvirket.

Sundheds- og Ældreministeriet oplever, at der er usikkerhed på de psykiatriske afdelinger om, hvilke foranstaltninger de psykiatriske afdelinger har hjemmel til anvende i forbindelse med, at afdelingerne undersøger om der er medikamenter, rusmidler og farlige genstande på afdelingen

Sundheds- og Ældreministeriet finder det på denne baggrund hensigtsmæssigt, at der skabes en klar hjemmel til, at der ved mistanke om, at der uretmæssigt søges at medbringe medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ind på de psykiatriske afdelinger, kan anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til de psykiatriske afdelinger. Det foreslås desuden, at det bliver muligt at anvende narkohunde til at undersøge de psykiatriske afdelingers udearealer ved mistanke om, at der findes medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på disse arealer. Dette vil betyde, at de psykiatriske afdelinger får en klar mulighed for at anvende disse redskaber til at bekæmpe misbrugsproblemer på afdelingerne.

Med den foreslåede ændring om kropsscannere vil det således fremgå af psykiatrilovens § 19 a, stk. 6, at overlægen uden retskendelse kan beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling, i tilfælde af mistanke om at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande uretmæssigt søges medbragt til afdelingen.

Ved kropsscannere menes apparater, der kan undersøge personer visuelt ved gennemstråling af tøj for at afsløre eventuelle skjulte genstande uden for kroppen. Dette kan eksempelvis være scannere, der benytter mikrobølgeteknik. Der gives ikke hjemmel til at anvende scannere med brug af ioniserende stråling (røntgenteknologi), der kan gennemlyse kroppen og afsløre genstande skjult i den undersøgte krop.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker i den forbindelse, at alene kropsscannere baseret på røntgenteknologi er omfattet af lov om ioniserende stråling og strålebeskyttelse (herefter strålebeskyttelsesloven). Idet forslaget om anvendelse af kropsscannere alene omfatter scannere uden brug af ioniserende stråling, finder reglerne i strålebeskyttelsesloven således ikke anvendelse, og er derfor ikke iagttaget nærmere.

I forhold til undersøgelse af andre, der søger adgang til en psykiatrisk afdeling, forudsættes det, at undersøgelsen ved brug af kropsscannere normalt vil kunne finde sted i forbindelse med en adgangskontrol. Det bemærkes, at undersøgelserne i forhold til besøgende ikke vil kunne gennemtvinges, men at de pågældende vil kunne nægtes adgang til afdelingen, hvis de ikke vil lade sig undersøge.

Det foreslås endvidere, at sundhedsministeren ved den foreslåede bestemmelse i § 19 a, stk. 7, bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om anvendelse af kropsscannere.

Formålet med bestemmelsen er at give sundhedsministeren mulighed for at bestemme eventuelle udvidelser eller begrænsninger af ordningen over tid. Formålet er endvidere at give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte konkrete regler om kontrollens omfang og det benyttede udstyr, f.eks. hvad der er nødvendigt af sikkerhedsmæssige grunde, og hvad der er sundhedsmæssigt forsvarligt. Ende-

lig har bemyndigelsen til formål at give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler om behandlingen af de indsamlede oplysninger, f.eks. i forhold til registrering og opbevaring.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at det ikke er hensigten, at der med henvisning til bestemmelsen kan foretages rutinemæssige undersøgelser på afdelingen i forhold til samtlige eller en gruppe af indlagte patienter eller andre besøgende på afdelingen. Der skal således foreligge en mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger til lov nr. 579 af 4. maj 2015 om lov om ændring af tvang i psykiatrien, side 28 vedrørende den nødvendige grad af mistanke.

Med den foreslåede ændring om anvendelse af narkohunde i § 19 a, stk. 8, vil det endvidere fremgå, at overlægen på en psykiatrisk afdeling uden retskendelse kan beslutte at anvende narkohunde på den psykiatriske afdelings udearealer ved mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen på den psykiatriske afdelings udearealer.

Undersøgelse af udearealerne med narkohunde kan eksempelvis ske langs afgrænsningen af den psykiatriske afdelings udearealer, hvis overlægen mistænker, at udefrakommende personer kaster medikamenter, rusmidler eller farlige genstande over eksempelvis murværk eller hegn, som afgrænser den psykiatriske afdeling.

Den foreslåede bestemmelse indebærer ikke at der gives hjemmel til, at der kan anvendes narkohunde i forbindelse med undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Det forudsættes, at mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4, stk. 2, iagttages i forbindelse med undersøgelsen for medikamenter, rusmidler og farlige genstande både ved anvendelse af kropsscannere og narkohunde. I den forbindelse bemærkes det, at det ligeledes forudsættes, at der udvises et passende hensyn i forbindelse med undersøgelsen af udearealer med narkohunde, således at undersøgelsen ikke er til unødigt gene eller skaber utryghed for patienter og besøgende på den psykiatriske afdeling.

Endelig foreslås det i psykiatrilovens § 19, stk. 9, at bemyndige sundhedsministeren til at fastsætte regler om anvendelsen af narkohunde i forbindelse med undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer.

Det bemærkes, at klager over overlægens beslutning om anvendelse af kropsscannere og narkohunde på psykiatriske afdelinger vil kunne indbringes for sygehusmyndigheden.

2.4 Mulighed for regionerne til at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulant behandlingsdom

2.4.1 Gældende ret

2.4.1.1 *Straffelovens bestemmelser om personer dømt til retspsykiatriske foranstaltninger*

Det følger af straffelovens § 16, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Tilsvarende gælder for personer, der er mentalt retarderede i højere grad. Ifølge straffelovens § 68 kan retten træffe bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenelige for at forebygge yderligere overtrædelser, hvis en tiltalt frifindes for straf i medfør af § 16.

Retten kan i forhold til en person, der er sindssyg eller i en tilstand sidestillet hermed, blandt andet afsige dom til anbringelse, hvorefter den dømte anbringes på en psykiatrisk afdeling. Retten har endvidere mulighed for at afsige dom til behandling, hvorefter den dømte som udgangspunkt indlægges på en retspsykiatrisk afdeling.

Retten kan derudover afsige dom til ambulantly behandling, hvis det skønnes, at der ikke er behov for indlæggelse, eksempelvis hvis den tiltalte allerede frivilligt indgår i et ambulantly behandlingsforløb og er velmotiveret for ambulantly behandling. Der kan i henhold til Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet om psykisk afvigende kriminelle, pkt. 5.1.3, som udgangspunkt idømmes fire typer af ambulantly behandling:

Der afsiges dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling, når den fornødne behandling forventes at kunne gennemføres ambulantly, og hensynet til retssikkerheden ikke gør en mere indgribende foranstaltning påkrævet. Den dømte bliver forpligtet til at møde til behandling og undergive sig tilsyn i det omfang, som fastsættes af overlægen.

Den dømte er således ikke indlagt, mens der modtages relevant medicinsk, psykoterapeutisk og social behandling.

Der kan derudover afsiges dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen. Dommen afsiges af samme årsager som ved afsigelse af dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling. Disse årsager vil i mange tilfælde gøre det nødvendigt at kombinere den ambulantly behandling med tilsyn af kriminalforsorgen.

Der fastsættes i disse tilfælde ud fra en konkret vurdering en længstetid, der ikke kan overstige tre år, jf. straffelovens § 68 a, stk. 3.

Der kan endvidere afsiges dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse ved psykiatrisk afdeling. Dommen afsiges, hvis det er tvivlsomt, om en ambulantly behandling er gennemførlig, og særligt hvis det er vigtigt, at en eventuel indlæggelse kan ske straks uden foranstaltningsændring, således at der er hjemmel til at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Endelig kan der træffes afgørelse om dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Der fastsættes i disse tilfælde enten ikke en længstetid eller en længstetid på 5 år, jf. § 68 a, stk. 1 og 2.

Det bemærkes, at domme til ambulantly behandling med mulighed for indlæggelse indebærer, at den dømte uden retskendelse og uden at der sker tvangsindlæggelse i henhold til psykiatriloven, kan indlægges på psykiatrisk afdeling, om fornødent med bistand af politiet.

2.4.1.2 Indlæggelse og behandling på psykiatriske sygehuse i lov om retspsykiatrisk behandling m.v.

For så vidt angår behandlingen af retspsykiatriske patienter med foranstaltningsdomme, følger det af § 1 i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at regionsrådene har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus, eller personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

Fuldbyrdelse af dom om indlæggelse og ambulantly behandling varetages således af sygehusvæsenet, og det er den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling, der har det overordnede ansvar for alle afdelingens patienter. Der er på denne baggrund ikke hjemmel til, at regionerne kan benytte private institutioner som led i behandlingen af retspsykiatriske patienter.

2.4.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

Antallet af danskere med psykiske lidelser er stigende. I perioden 2010-2017 er der således sket en stigning i antallet af patienter i voksenpsykiatrien på ca. 28 pct. og i børne- og ungdomspsykiatrien på ca. 53 pct.

Der er ligeledes sket en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som i forbindelse med kriminalitet har fået en psykiatrisk foranstaltningsdom. Antallet af retspsykiatriske patienter er fra 2010 til 2017 steget med 15 %, fra 3.709 retspsykiatriske patienter i 2010 til 4.249 patienter i 2017. I 2016 blev der afsagt 322 domme til enten ambulantly behandling eller domme til ambulantly behandling med mulighed for indlæggelse.

Dette betyder, at de retspsykiatriske patienter i stigende grad optager kapacitet for patienter i den almene behandlingspsykiatri. En yderligere udfordring i forbindelse med kapaciteten på de psykiatriske- og retspsykiatriske afdelinger er manglen på speciallæger inden for psykiatrien, jf. rapporten *Lægedækning i hele Danmark* udarbejdet af regeringens lægedækningsudvalg i januar 2017.

Det foreslås på denne baggrund, at regionerne gives adgang til at indgå aftale med private institutioner som led i varetagelsen af behandlingen af retspsykiatriske patienter med en dom til ambulantly behandling. Dette vil frigøre kapacitet i den almene psykiatri, ligesom det vil kunne sikre et mere sammenhængende forløb for patienten, som således vil få mulighed for at bevare sin tilknytning til et eventuelt tidligere anvendt privat behandlingssted og personale.

Med den foreslåede ændring vil det således fremgå af § 1, stk. 2, i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, der i henhold til stk. 1, nr. 2 på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

Den foreslåede ændring vil svare til sundhedslovens § 75, stk. 2, hvoraf det fremgår, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver. Regionerne vil således med den foreslåede bestemmelse få samme mulighed for at anvende private institutioner, som på det øvrige sundhedsområde.

Med den foreslåede ændring gives der alene hjemmel til, at regionerne kan indgå aftale med private institutioner om at varetage den ambulante behandling af retspsykiatriske patienter. Retspsykiatriske patienter med dom til anbringelse eller behandling er således ikke omfattet af den foreslåede bestemmelse. Disse retspsykiatriske patienter kan således fortsat alene behandles på regionens psykiatriske afdelinger.

Det er forudsat, at behandlingen af en retspsykiatrisk patient med en ambulante behandlingsdom som undlader at følge behandlingen på en privat institution, vil skulle overgå til de regionale retspsykiatriske afdelinger. Dette gælder ligeledes, hvis overlægen på den private institution vurderer, at der er behov for, at en patient skal indlægges i henhold til patientens dom om ambulante behandling med mulighed for indlæggelse.

Såfremt behandlingen af en retspsykiatriske patient overgår fra en privat institution til en regional retspsykiatrisk afdeling, fortsættes den resterende behandling som udgangspunkt i regionalt regi. Der lægges således op til, at patienten ikke på ny overføres til den private institution til eventuel videre ambulante behandling. Der vil ved vurderingen om patientens fortsatte behandling skulle lægges afgørende vægt på at sikre en sammenhængende behandling for den enkelte patient.

Forslaget indebærer ikke, at retspsykiatriske patienter med dom til ambulante behandling har ret til frit sygehusvalg i henhold til sundhedslovens §§ 86 og 87.

Det bemærkes, at der for retspsykiatriske patienter er et særligt stort behov for koordinering og samarbejde med forskellige aktører inden for både sundheds- og retsvæsenet. Vælger regionerne at indgå overenskomst eller på anden måde benytte private institutioner, vil regionerne således have det overordnede ansvar for, at de private behandlingssteder i relevant omfang inddrages i de samarbejdsfora med relevante aktører på området, herunder f.eks. kriminalforsorgsområder, den regionale psykiatri og den relevante politikreds, der er etableret med henblik på at sikre koordinering både generelt og om den enkelte dømte.

Endelig foreslås det i lovens § 1, stk. 3, at bemyndige sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af private institutioner. Det bemærkes, at det forudsættes, at den nærmere fastsættelse af regler vil ske med inddragelse af justitsministeren.

2.5 Justering af takster for psykiatriske færdigbehandlingsdage

2.5.1 *Gældende ret*

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 1, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter for kommunen. Dette er efter § 238, stk. 3, også muligt for patienter, der er indlagt på et hospice, som er nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Det følger herudover af § 238, stk. 2, at staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne. Den statslige færdigbehandlingstakst er et supplement til den takst, som bopælsregionen opkræver, jf. § 238, stk. 1.

Sundhedsministeren kan i henhold til § 238, stk. 5 og 6, fastsætte de nærmere regler om bopælskommunens betaling, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning, og regler om tilbageførsel af det statslige provenu til kommunerne.

Sådanne regler er fastsat ved bekendtgørelse nr. 1780 af 27. december 2016.

2.5.2 *Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold*

I 2017 var der ca. 24.000 færdigbehandlingsdage, hvor en færdigbehandlet borger optog en sengeplads på en psykiatriske afdeling. Sammenlignet med somatikken er det en relativ lille andel af indlæggelserne i psykiatrien, der ender ud med færdigbehandlingsdage, svarende til 1,5 pct. af indlæggelserne i psykiatrien. Til gengæld er der et højt antal af færdigbehandlingsdage for de patienter, der har færdigbehandlingsdage på psykiatriske afdelinger. Knap 70 pct. af forløbene med færdigbehandlingsdage varer mere end 10 dage, og ca. 10 pct. af forløbene med færdigbehandlingsdage varer mere end 100 dage.

I et samlet sundhedsvæsen, der går på tværs af sektorer, er en klar arbejdsdeling mellem regioner og kommuner vigtig. Det indebærer bl.a., at kommunerne hjemtager færdigbehandlede borgere, så snart behandlingen på sygehuset vurderes afsluttet. Det er en fordel for de færdigbehandlede borgere, som kan være hjemme i trygge, nære omgivelser. Og det er en fordel for sygehusvæsenet, da færdigbehandlede psykiatriske patienter optager kapacitet og plejeresressourcer på de psykiatriske sygehuse, hvilket medfører en ineffektiv brug af specialiserede sygehusressourcer ligesom det kan opleves uværdigt for borgeren.

Det foreslås på den baggrund, at fastsætte, at der kan opkræves en statslig færdigbehandlingstakst for psykiatriske færdigbehandlingsdage, som ligner den statslige takst for somatiske færdigbehandlingsdage, jf. sundhedslovens § 238, stk. 2.

Dette vil understøtte, at færdigbehandlede patienter oplever en øget sammenhæng i deres forløb, og bliver udskrevet efter endt behandling til en social indsats i kommunen uden unødigt ventetid på hospitalet. Det vil desuden medføre, at der frigøres kapacitet i psykiatrien til behandling af de patienter, som har behov for behandling.

Den nugældende bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 2, ændres derfor til alene at omfatte somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Der tilsigtes således ikke en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen, men alene en præcisering af, at bestemmelsen alene omhandler somatiske patienter, og ikke psykiatriske patienter.

Det foreslås dernæst i et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 238 at fastsætte, at staten kan opkræve bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Betalingen vil maksimalt kunne udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten vil blive pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Den kommunale takst for psykiatriske færdigbehandlingsdage vil øges på tilsvarende måde, som det i dag er gældende for somatiske færdigbehandlingsdage i § 238, stk. 2. Mens takstjusteringen i somatikken indebærer, at kommunernes takst fordobles for dag 1-2 og tredobles fra dag 3 og frem, tages der i den foreslåede model for psykiatriske behandlingsdage hensyn til, at kommunerne har behov for mere tid til at finde det rette tilbud til psykiatriske patienter med meget komplekse behov.

I modellen for psykiatrien lægges derfor op til, at den samlede kommunale betaling for psykiatriske færdigbehandlingsdage fordobles fra og med 7. færdigbehandlingsdag, og tredobles fra og med 14. dag. Den statslige færdigbehandlingstakst udformes som en trappemodell, hvor taksten fra og med syvende dag fastsættes til 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), mens det fra fjortende dag og frem fordobles, så taksten er 3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016). Trappemodellen styrker særligt det økonomiske incitament for forløb med mange dage, men tager samtidig hensyn til, at kommunerne har behov for tid til at finde det rette tilbud til psykiatriske patienter med meget komplekse behov.

Såfremt en færdigbehandlet patient skifter bopælskommune i perioden som færdigbehandlet, vil patienten blive betragtet som ”ny” færdigbehandlet patient, og den nye bopælskommune vil blive afkrævet statslig færdigbehandlingstakst i relation hertil. Dette gælder på samme vis som for den somatiske færdigbehandlingstakst. For psykiatriske færdigbehandlingsdage vil det konkret sige svarende til taksten fra og med syvende dag fra 7. sengedag med bopæl i den nye kommune (1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag) og derefter taksten for 14. sengedag og frem (3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag).

Færdigbehandlingstaksten for kommunerne for psykiatriske færdigbehandlingsdage bliver med betaling til både region og stat samlet 3.952 kr. fra og med 7. dag og 5.928 kr. fra og med 14. dag (pris- og lønniveau for 2016). I forhold til det gældende niveau svarer det til en fordobling for dag syv til dag tretten og en tredobling fra dag fjorten og frem.

Med lovforslaget foreslås det, at taksterne efter stk. 3 får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.

Forslaget om at indfase den statslige færdigbehandlingstakst over tre år, skyldes et ønske om at skabe tid til eventuelle strukturelle og organisatoriske ændringer i kommunerne og i snitfladen mellem regioner og kommuner. Konkret vil den statslige takst efter forslaget være 25 pct. i tilskudsåret 2020, svarende til at taksten fra og med syvende dag er 494 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2021 vil den statslige takst være 50 pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og i tilskudsåret 2022 vil den statslige takst være 75 pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 1.482 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 2.964 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2023 vil den statslige takst være fuldt implementeret.

Med lovforslaget foreslås det, at sundhedsministerens bemyndigelse om at fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet efter sundhedsloven § 238, stk. 2, til kommunerne, også vil skulle gælde for den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 3.

Med sigte på at undgå, at de øgede takster i sig selv modvirker de regionale incitamentter til at få patienterne udskrevet, er det hensigten at fastsætte, at den statslige færdigbehandlingstakst ikke skal tilgå regionerne, men tilbageføres til kommunerne. På samme måde som ved somatiske færdigbehandlingsdage vil den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i udgangspunktet skulle tilbageføres i den enkelte region, som merbetalingen vedrører, og fordeles til kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Det vil sige, at betalinger i en region ikke vil blive omfordelt til øvrige regioner, men kun mellem kommunerne inden for den enkelte region.

Med henblik på at tage højde for det tilfælde, at kommunerne ikke nedbringer antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage væsentligt, er det hensigten, at sundhedsministeren med bemyndigelsen i den foreslåede § 238, stk. 7, vil fastsætte regler om at ændre tilbageførslen til kommunerne fra en tilbagebetaling til kommunerne i den region, som merbetalingen vedrører via indbyggertallet, til at ske via en ansøgningspulje målrettet kommunale initiativer, der har til formål at nedbringe antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage. Ansøgningspuljen vil i givet fald blive administreret af Sundheds- og Ældreministeriet. Det samme gælder for somatiske færdigbehandlingsdage i dag.

2.6 Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug og tilvejebringelse af et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

2.6.1 Gældende ret

2.6.1.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug

Efter § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (herefter autorisationsloven) kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, hvor kommunen i henhold til sundhedslovens § 142, stk. 4, tilvejebringer tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, jf. sundhedslovens § 142, stk. 3.

Dog kan andre læger efter autorisationslovens § 41, stk. 1, 2. pkt., foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed. Under normale omstændigheder vil varigheden af sådan abstinensbehandling ikke overstige en uge. I tilfælde, hvor f.eks. en praktiserende læge eller en læge på en skadestue har fundet sundhedsfagligt grundlag for at iværksætte abstinensbehandling, og hvor det viser sig, at kommunen ikke kan iværksætte den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling inden for en uge, vil der være tale om sådanne særlige omstændigheder, der kan begrunde, at lægen fortsætter den nødvendige abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling i kommunalt regi kan iværksættes. Den lægelige stofmisbrugsbehandling skal efter sundhedslovens § 142, stk. 6, iværksettes senest 14 dage efter, at borgeren, som ønsker at komme i behandling, har henvendt sig til kommunen med sit ønske.

Andre læger end læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, hvor kommunen tilvejebringer tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, kan således foretage enkeltstående ordinationer af afhængighedsskabende lægemidler som led i abstinensbehandling. Hvis f.eks. en praktiserende læge eller en skadestuelæge undlader straks at iværksætte abstinensbehandling vil det kunne være i strid med lægens forpligtelse til under udøvelsen af sin virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17.

Om en læge er forpligtet efter autorisationslovens § 17 til straks at iværksætte abstinensbehandling afhænger af abstinensernes karakter. Forpligtelsen gælder, hvis lægen bliver bekendt med, at en patient har akutte abstinenser, som kræver behandling. Lægen kan i givet fald enten selv iværksætte abstinensbehandlingen straks eller foranstalte, at patienten straks bliver behandlet på anden vis.

Det vil altid være en konkret lægefaglig vurdering, om der er tale om behandlingskrævende akutte abstinenser. Med forbehold for at der vil bero på en sådan konkret lægefaglig vurdering, er blodtrykstigninger, vejrtrækningsbesvær, hjerterytmeforstyrrelser, kramper, hallucinationer og delirium symptomer på akutte abstinenser, der kræver behandling. I værste fald kan tilstanden ubehandlet medføre døden.

Ligeledes med forbehold for, at det altid vil bero på en konkret lægefaglig vurdering, er indre uro, kulderystelser og en følelse af stærkt ubehag symptomer på abstinenser, der ikke nødvendigvis kræver behandling.

2.6.1.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

Regionsrådet har efter sundhedsloven ansvaret for stofmisbrugsbehandling i sygehusvæsenet. Ansvaret indebærer bl.a., at regionen er ansvarlig for lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som under sygehusindlæggelse har behov for sådan behandling. Regionens ansvar forudsætter, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. At denne forudsætning er til stede, fremgår imidlertid ikke udtrykkeligt af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., som isoleret set kunne læses sådan, at sygehusansatte læger er afskåret fra at foretage ordinationen af sådanne lægemidler. En sådan læsning ville imidlertid være fejlagtig og have som konsekvens, at regionerne ville være afskåret fra at leve op til deres ansvar efter sundhedsloven.

2.6.2 Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug

Som opfølgning på regeringsgrundlaget *For et friere, rigere og mere trygt Danmark* har Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet samt Justitsministeriet i fællesskab undersøgt mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien, som giver personer med et stofmisbrug ret til at komme i behandling senest 14 dage efter anmodning herom. Dette gælder som udgangspunkt også i fængslerne.

Undersøgelsen viser, at der er tungtvejende argumenter for at forbedre indsatsen på andre måder end ved en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti.

Undersøgelsen viser imidlertid også, at brugerrepræsentanter peger på, at lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, f.eks. de praktiserende læger og skadestuelægerne – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Som led i undersøgelsen holdt Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet, Justitsministeriet samt Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen således et møde med Brugerforeningen, Brugernes Akademi og Gadejuristen. På mødet gav brugerrepræsentanterne udtryk for, at en eventuel forkortelse af behandlingsgarantien ikke nødvendigvis ville være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for personer med stofmisbrug, men at en forkortelse af behandlingsgarantien for behandling efter sundhedslovens § 142 ville være af stor betydning, hvis ikke lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, f.eks. de praktiserende læger og skadestuelægerne – bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil substitutionsbehandlingen kan iværksættes.

Ligeledes som led i undersøgelsen blev der holdt et møde med Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Socialrådgiverforening, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, FLOR – Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre, KL, Københavns Kommune, Socialpædagogernes Landsforbund og Vordingborg Kommune. På mødet tilkendegav interessenterne, at man umiddelbart havde vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af behandlingsgarantien, hvis den lod sig gennemføre i praksis.

Interessenterne gav dog samtidig udtryk for, at det ville være en gevinst, hvis patienter, som har behov for at komme i relevant abstinensbehandling, får behandlingen straks og ikke først efter nogle dage. Interessenterne gjorde dog opmærksom på, at i langt de fleste tilfælde får patienterne abstinensbehandling inden for kort tid, men at dette kan forbedres endnu mere. Efter interessenternes opfattelse burde behovet for, at relevant abstinensbehandling iværksættes straks, imidlertid ikke søges imødekommet ved en forkortelse af behandlingsgarantien, men ved, at praktiserende læger og skadestuelæger i højere grad end i dag bliver opmærksomme på og gør brug af den adgang, som de har til at foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed, indtil lægelig stofmisbrugsbehandling i kommunalt regi kan iværksættes.

Interessenterne var på den baggrund enige om, at man er nødt til adskille problemstillingen om abstinensbehandling fra spørgsmålet om en forkortelse af behandlingsgarantien. En forkortelse af behandlingsgarantien var efter deres opfattelse ikke det rigtige svar på, hvordan borgere med behov for at komme i relevant abstinensbehandling får behandlingen straks.

I undersøgelsen konkluderes det bl.a. på den baggrund, at meget taler for, at man i stedet for en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti tager initiativ til at styrke den gældende behandlingsgaranti ved bl.a. at sikre straksbehandling af akutte abstinenser.

2.6.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.6.3.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at det må tages alvorligt, når brugerrepræsentanterne i forbindelse med undersøgelsen af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug, har peget på, at lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, f.eks. de praktiserende læger og skadestuelægerne – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes, og når interessenterne i samme forbindelse har givet udtryk for, at det vil være en gevinst, hvis patienter, som har behov for at komme i relevant abstinensbehandling, får behandlingen straks og ikke først efter nogle dage.

Alvoren understreges af, at behandlingskrævende akutte abstinenser ubehandlet i værste fald kan medføre døden.

Sundheds- og Ældreministeriet finder på den baggrund, at der er behov for at få tydeliggjort, at patienter med behandlingskrævende akutte abstinenser straks skal tilbydes abstinensbehandling, indtil den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes, og at dette gælder, uanset om patienten henvender sig i det kommunale behandlingssystem, i almen praksis eller på skadestuen. Dette med henblik på at sikre, at læger bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Det foreslås derfor at fastsætte i autorisationslovens § 41, stk. 1 som et nyt 3. punktum, at ordinationen skal foretages straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser.

Der er tale om en tydeliggørelse af, hvad der følger af det almindelige krav til læger om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virksomhed.

2.6.3.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

Da man med lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning (Lægelig behandling for stofmisbrug) gjorde de daværende amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg kommuner ansvarlige for den lægelige stofmisbrugsbehandling og samtidig begrænsede ordinationsadgangen, var det bl.a. hensigten at afskære praktiserende læger, som indtil da havde forestået den lægelige stofmisbrugsbehandling, fra at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling, med mindre der er tale om enten enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed eller om overladelse efter aftale af ordinationsretten i nærmere bestemte tilfælde.

Det var således ikke hensigten at afskære sygehusansatte læger fra at foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. Dette har heller ikke været hensigten med senere ændringer af den bestemmelse, som i dag findes i autorisationslovens § 41.

Uanset formuleringen af autorisationslovens § 41 er det da også blevet lagt til grund, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus, således at regionerne kan leve op til det ansvar, som de efter sundhedsloven har for behandling i sygehusvæsenet.

Sundheds- og Ældreministeriet er ikke bekendt med, at sygehusansatte læger har undladt at foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus, fordi lægerne har haft opfattelsen af, at autorisationslovens § 41 afskærer dem herfra. Ikke desto mindre forekommer det hensigtsmæssigt at tilvejebringe et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus.

Det foreslås på den baggrund at præcisere autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., så det udtrykkeligt fremgår, at også sygehusansatte kan ordinere sådanne lægemidler til personer, mens de er indlagt på sygehuset.

3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Den foreslåede udvidelse af målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrilovens § 13 a forventes at betyde, at der skal indgås cirka 2.000 flere udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner om året.

Dette vil forventeligt betyde en merudgift på syv mio. kr. i 2019 og herefter 14 mio. kr. årligt i permanente midler til regioner og kommuner. Disse midler vil blive overført til henholdsvis kommuner og regioner vha. bloktilskudsnøglen.

Den foreslåede ændring om ophævelse af psykiatrilovens bestemmelser om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder ophævelse af retsplejelovens bestemmelser om adgang til retslig prøvelse for ordningen, vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Den foreslåede ændring om indførelse af hjemmel til at anvende kropsscannere på psykiatriske afdelinger og narkohunde på psykiatriske afdelingers udearealer vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Forslaget om, at regionsrådet kan vælge, at private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af retspsykiatriske patienter, vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Den foreslåede ændring af reglerne om betaling for færdigbehandlede patienter forventes at betyde en øget takstbetaling på ca. 74 mio. kr., baseret på 2016-aktivitetsniveau, og med en antagelse om en uændret adfærd i kommunerne. Det vil dog blive tilbageført til kommunerne inden for den enkelte region.

Lovændringen vil have implementeringskonsekvenser for Sundhedsdatastyrelsen, som er driftsansvarlig for opkrævning af færdigbehandlingstakster fra kommunerne.

Derudover må der forventes en incitamentseffekt i kommunerne, som vil få kommunerne til at prioritere området yderligere, hvorfor kommunernes udgifter til færdigbehandlingstakster må forventes at falde.

De foreslåede ændringer af autorisationslovens § 41, stk. 1, forventes ikke at have hverken økonomiske eller implementeringskonsekvenser for det offentlige.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget forventes ikke at medføre økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

De 5 principper om agil erhvervsrettet regulering vurderes ikke relevante for lovforslaget.

5. Administrative konsekvenser for borgere

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige konsekvenser.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 19. november 2018 til den 18. december 2018 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Danske Regioner, KL, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, 3F, Ansatte Tandlægers Organisation, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Optikerforening, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Dental Laboratorier, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, De Offentlige Tandlæger, Den Danske Dommerforening, Den Danske Dyr lægeforening, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Socialpædagogernes Landsforbund, Tandlægeforeningen, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Bedre Psykiatri, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældregeråd, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsforeningen SIND, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Udviklingshæmmedes Landsforbund, ÆldreForum, Ældresagen, Advokatrådet, Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT-og persondatasikkerhed, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Standard, Danske Dental Laboratorier, Danske Seniorer, Dignity – Dansk Institut mod Tortur, Forbrugerrådet, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Forsikring & Pension, Retspolitisk Forening, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Ankestyrelsen, Datatilsynet, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Det Ethiske Råd, Erhvervsstyrelsen, Finanstilsynet, Færøernes Landsstyre, Grønlands Selvstyre, Institut for Menneskerettigheder, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Patienterstatningen, Rigsadvokaten, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigspolitiet, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Beskæftigelsesministeriet, Børne- og Socialministeriet, Finansministeriet, Erhvervsministeriet, Justitsministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Statsministeriet, Kirkeministeriet.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	<p>For så vidt angår lovforslaget om sundhedslovens regler om takstjusteringer for somatiske og psykiatriske færdigbehandlingsdage får kommunerne tilbagebetalt takstbetaling på ca. 74 mio. kr. (2016-niveau) baseret på 2016-aktivitetsniveau og med antagelse om uændret adfærd i kommunerne.</p>	<p>For så vidt angår lovforslaget om sundhedslovens regler om takstjusteringer for somatiske og psykiatriske færdigbehandlingsdage får kommunerne en øget takstbetaling på ca. 74 mio. kr. (2016-niveau) baseret på 2016-aktivitetsniveau og med antagelse om uændret adfærd i kommunerne.</p> <p>Samlet set vil lovforslaget ikke medføre offentlige merudgifter, men vil medføre omfordeling mellem kommuner inden for den enkelte region.</p> <p>For kommuner med relativt mange færdigbehandlingsdage vil merbetalingen pba. lovforslaget være større end tilbageførslen, og for den enkelte kommune vil der være en negativ nettoeffekt. For kommuner med relativt få færdigbehandlingsdage vil merbetalingen pba. lovforslaget være mindre end tilbageførslen, og for den enkelte kommune vil der være en positiv nettoeffekt.</p> <p>Det forventes dog, at lovforslaget vil medføre en incitamentseffekt i kommunerne, som forventeligt vil få kommunerne til at prioritere området yderligere, hvilket forventeligt vil betyde, at antallet af færdigbehandlingsdage vil falde.</p>

		<p>For så vidt angår lovforslaget om udvidelse af målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner forventes det at betyde, at der skal indgås cirka 2.000 flere udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner om året.</p> <p>Dette vil forventeligt betyde en merudgift på syv mio. kr. i 2019 og herefter 14 mio. kr. årligt i permanente midler til regioner og kommuner. Disse midler vil overføres til henholdsvis kommuner og regioner vha. bloktilskudsnøglen.</p>
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	<p>For så vidt angår lovforslaget om sundhedslovens regler om takstjusteringer for somatiske og psykiatriske færdigbehandlingsdage skal Sundhedsdatastyrelsen tilpasse opkrævning af færdigbehandlings-takster.</p> <p>For så vidt angår lovforslaget om sikring af straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug vil Sundhedsstyrelsen skulle indarbejde den foreslåede tydeliggørelse af forpligtigelsen til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i retningslinjerne.</p> <p>For så vidt angår lovforslaget om kropsscannere og narkohunde i forbindelse med mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling skal Sundhedsstyrelsen udarbejde nærmere regler for brugen af kropsscannere og hunde.</p>

Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet, m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering		Nej

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1.

Det følger af psykiatrilovens § 4 a, at de anførte beslutninger i bestemmelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, hvorefter overlægen snarest efterfølgende skal tage stilling til beslutningen. Det foreslås med en ændring af § 4 a, at bestemmelsen udvides til også at omfatte overlægens beslutning om anvendelse af kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til psykiatriske afdelinger og narkohunde med undersøgelse af udearealer.

Formålet med den foreslåede bestemmelse er at klargøre, at det er overlægen, der efter forslagets § 19, stk. 6 og 8, har kompetencen til at træffe beslutning om anvendelse af kropsscannere og narkohunde.

Til nr. 2 og 3.

Det følger af psykiatrilovens § 13 a, stk. 1, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det foreslås at ændre § 13 a, stk. 1, således at det fastsættes, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter over 18 år, som modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, efter udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, for at sikre den nødvendige behandling af patienten. Derudover foreslås det, at der efter stk. 1 indsættes et nyt stk. 2, hvoraf det fremgår, at overlægen har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den nødvendige behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

Endelig foreslås det, at stk. 2 herefter bliver stk. 3, således at sundhedsministeren fortsat kan fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Formålet med den foreslåede ændring er at gøre det obligatorisk, at indgå udskrivningsaftaler for patienter i voksenpsykiatrien, der som følge af nedsat fysisk og psykisk funktionsevne modtager støtte i henhold til lov om social service. Den ansvarlige overlæge skal således ikke foretage en vurdering af, om patienten må forventes at søge støtte eller behandling efter udskrivning, men automatisk sørge for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Overlægen har dog stadig i henhold til det foreslåede nye stk. 2 ansvaret for, at der indgås udskrivningsaftaler for patienter i voksenpsykiatrien, som ikke modtager støtte efter lov om social service, hvis patienten må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Den foreslåede bestemmelse indeholder ligeledes ikke et alderskriterium, hvorfor den foreslåede ændringer også er gældende for patienter under 18 år.

Det følger af psykiatrilovens § 13 b, at hvis patienter, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Der foreslås derfor ingen ændringer af § 13 b, da bestemmelsen henviser til § 13 a.

Der tilsigtes ikke en ændring af det nærmere indhold af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der tilsigtes heller ikke en ændring af, at ansvaret for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Det er således alene omfanget af indgåelse af hhv. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der søges udvidet med lovforslaget.

Til nr. 4

Det følger af psykiatrilovens § 13 d, at overlægen inden patientens udskrivning kan træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, og patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange, patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt og patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Det følger endvidere af psykiatrilovens § 13 d, at overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, at hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan overlægen beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.

Det følger endvidere, at der ved medicinering i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler, for hvilke overlægen kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depot-form, at en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten samt at hvis der er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ved 3-månedersperiodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.

Endeligt følger det af psykiatrilovens § 13 e, at sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder efter forhandling med justitsministeren om politiets afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op til medicinering, og om sundhedspersonens medvirken hertil.

Det foreslås med en ændring af § 13 d og § 13 e, at ophæve muligheden for tvungen opfølgning efter udskrivning. Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. afsnit 3.1 i de almindelige bemærkninger og de specielle bemærkninger til § 1, nr. 2 og 3.

Til nr. 5 og nr. 6.

Overskriften til psykiatrilovens kapitel 5 a er *Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvsitation m.v.* Det foreslås at ændre overskriften til *Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvsitation, anvendelse af kropsscannere samt narkohunde m.v.*

Det foreslås endvidere, at der i psykiatrilovens § 19 a efter stk. 5 indsættes nye stykker – stk. 6-9 - om anvendelse af kropsscannere og narkohunde på psykiatriske afdelinger.

Med den foreslåede bestemmelse i stk. 6 skabes der mulighed for at anvende kropsscannere i forbindelse med undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til psykiatriske afdelinger, med henblik på at finde medikamenter, rusmidler eller farlige genstande inden det kommer ind på afdelingerne.

Med den foreslåede bestemmelse i stk. 7 bemyndiges sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om anvendelse af kropsscannere. Sundhedsministeren vil med bemyndigelsen bl.a. kunne fastsætte regler om udbredelse af ordningen, kontrollens omfang, udstyrets art under hensyntagen til hvad der er nødvendigt og sundhedsmæssigt forsvarligt, og behandling af de indsamlede oplysninger, hvilken type udstyr, der kan benyttes

Med den foreslåede bestemmelse i stk. 8 kan overlægen på en psykiatrisk afdeling beslutte at anvende narkohunde på en psykiatrisk afdelings udearealer ved mistanke om, der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen eller på vej ind til afdelingen.

Undersøgelse af udearealerne med narkohunde kan eksempelvis ske langs afgrænsningen af den psykiatriske afdelings udearealer, hvis overlægen mistænker, at udefrakommende personer kaster medikamenter, rusmidler eller farlige genstande over eksempelvis murværk eller hegn, som afgrænser den psykiatriske afdeling.

Endelig foreslås det i stk. 9, at sundhedsministeren kan fastsætte bestemmelser om anvendelsen af narkohunde i forbindelse med undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer. Sundhedsministeren vil med bemyndigelsen bl.a. kunne fastsætte regler om udbredelsen af ordningen, kontrollens omfang og behandling af de indsamlede oplysninger.

Til nr. 7-15.

Det følger af psykiatrilovens § 20, stk.1, at oplysning om enhver anvendelse af tvang efter de i bestemmelsen anførte bestemmelser skal tilføres afdelingens tvangsprotokol. Det følger af psykiatrilovens § 24, stk. 1, at der skal beskikkes en patientrådgiver, for enhver, der underlægges en af de bestemmelsen anførte foranstaltninger.

Det følger af psykiatrilovens § 26, stk. 1, 4.-6. pkt., at besøg efter udskrivning for patienter, der er undergivet tvungen opfølgning finder besøg efter udskrivning sted på behandlingsstedet, besøg sker på patientens anmodning og kan, såfremt patienten ønsker det, erstattes med telefonsamtale samt at lægen på behandlingsstedet har ansvaret for at sikre, at der på patientens anmodning træffes aftale med patient-rådgiveren om besøg eller telefonsamtale. Det følger af psykiatrilovens § 32, stk. 3, 2. pkt., at klage over beslutning om tvungen opfølgning har opsættende virkning.

Der følger af psykiatrilovens § 35, at klage over de i bestemmelsen anførte indgreb skal indbringes for Det Psykiatriske Patientklagenævn. Det følger af psykiatrilovens § 36, stk. 3, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om bl.a. tvungen opfølgning efter udskrivning inden for 7 dage fra klagens

modtagelse. Det følger af psykiatrilovens § 37, stk. 1, at Det Psykiatriske Patientklagenævn efter anmodning fra klageren skal indbringe sin afgørelse om bl.a. for retten og endvidere af § 37, stk. 3, at såfremt nævnet godkender etablering af tvungen opfølgning, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges.

Endeligt følger det af psykiatrilovens § 40, stk. 3, at bestemmelserne i psykiatriloven, på nær de i bestemmelsen anførte, tillige gælder for personer, der anbringes på sikringsafdelingen.

Som følge af lovforslagets nr. 4 om at ophæve ordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning, foreslås det med ændringerne til psykiatrilovens § 20, stk. 1, § 24, stk. 1, § 26, stk. 1, 4.-6. pkt., § 32, stk. 3, 2. pkt., § 35, § 36, stk. 3, § 37, stk. 1, § 37, stk. 3 og § 40, stk. 3, at samtlige bestemmelser vedrørende ordningen fjernes fra loven.

Der er således tale om konsekvensrettelser i loven, som følge af de foreslåede ændringer af ordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. lovforslagets § 1, nr. 7.

Til nr. 16.

Det fremgår af psykiatriloven, at Det Psykiatriske Patientklagenævn er placeret i Statsforvaltningen. Det foreslås at ændre loven således, at »Statsforvaltningen« overalt i loven ændres til »Nævnenes Hus«. Det Psykiatriske Patientklagenævn overgik i forbindelse med Bedre Balance I i oktober 2015 til Nævnenes Hus. Der er således tale om en konsekvensændring.

Til § 2

Til nr. 1 og nr. 2.

Det følger af den gældende bestemmelse i lov om retspsykiatrisk behandling mv. § 1, at regionsrådene har pligt til at modtage personer, der efter retskendelse skal indlægges til metalundersøgelse, personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling, personer, der efter Justitsministeriet eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus, og personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger.

Regionsrådenes pligt til at modtage personer, der i henhold til dom og kendelse skal anbringes i et psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling betyder, at regionerne, i modsætning til det øvrige sundhedsområde, ikke kan benytte private institutioner som led i varetagelsen af de retspsykiatriske patienter.

Det foreslås at ændre lovens § 1 ved at indsætte et nyt stk. 2, hvorefter regionsrådet kan benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling i henhold til dom eller kendelse

Ved at åbne op for, at privathospitaler kan varetage behandlingen af den ambulante behandling af retspsykiatriske patienter, vil man frigøre plads på de almindelige retspsykiatriske afdelinger. Den foreslåede ændring vil svare til sundhedslovens § 75, stk. 2, hvoraf det fremgår, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Den foreslåede ændring vil give regionerne adgang til at lade private institutioner, eksempelvis psykiatriske privathospitaler, varetage behandlingen af retspsykiatriske patienter med dom til ambulant behandling. Ændringen indebærer at private institutioner kan behandle retspsykiatriske patienter med dom til indlæggelse eller forvaring. Disse patienter vil fortsat alene kunne behandles på en psykiatrisk afdeling i offentligt regi. Såfremt en retspsykiatrisk patient med dom til ambulant behandling ikke ønsker at følge behandlingen, og der skal iværksættes tvangsforanstaltninger over for patienten, vil behandlingen overgå til de regionale retspsykiatriske afdelinger. Retspsykiatriske patienter med dom til ambulant behandling vil ikke med ændringen få ret til frit sygehusvalg i henhold til sundhedslovens §§ 86 og 87.

Endelig foreslås det i stk. 3, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af sådanne institutioner. Sundhedsministeren vil med bemyndigelsen bl.a. kunne fastsætte nærmere regler om overgangen fra behandling i regionalt regi til privat regi. Det forudsættes, at den nærmere fastsættelse af regler vil ske med inddragelse af justitsministeren.

Til § 3

Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 2, at staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag.

Det foreslås at ændre § 238, stk. 2, således, at det specificeres, at bestemmelsen alene handler om somatiske patienter. Der tilsigtes således ikke en ændring af det nærmere indhold af bestemmelsen, men blot en præcisering af, at bestemmelsen alene omhandler somatiske patienter.

Til nr. 2

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 1, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Det foreslås, at der indsættes et nyt stk. 3 i § 238, hvorefter staten, ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra bopælskommunen. Det foreslås, at denne betaling maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Den statslige takst for færdigbehandlingsdage for psykiatriske patienter vil med forslaget blive udformet i lighed med den statslige takst for somatiske færdigbehandlingsdage, idet der dog tages hensyn til, at kommunerne har behov for mere tid til at finde ud af, hvilket tilbud der er rigtigt for den enkelte patient. Den foreslåede ordning indebærer, at den samlede kommunale betaling for psykiatriske færdigbehandlingsdage fordobles fra og med syvende færdigbehandlingsdag, og tredobles fra og med 14. færdigbehandlingsdag.

Derudover foreslås det, at der efter § 238, stk. 3 indsættes et nyt stykke 4, hvorefter det fastsættes at taksterne skal have 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.

Det foreslås således, at loven får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og komplet virkning fra og med tilskudsåret 2023.

Til nr. 3

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 4, at den betaling, som bopælsregionen opkræver bopælskommunen pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter og for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2, maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Med lovforslagets § 1, nr. 3, foreslås det at ændre sundhedslovens § 238, stk. 4, der bliver stk. 6, så det gælder for stk. 3, der bliver stk. 5, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 238.

Til nr. 4

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 5, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-4, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 238, stk. 5, der bliver stk. 7, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 238, jf. lovforslagets § 1, nr. 2, således at det nye stk. 3 også omfattes af bemyndigelsesbestemmelsen.

Med ændringen vil sundhedsministeren kunne fastsætte nærmere regler for betalingen af taksterne i sundhedslovens § 238, stk. 1-6.

Til nr. 5

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 6, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 238, stk. 6, der bliver stk. 8, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 238, således at det nye stk. 3 også omfattes.

Forslaget er en konsekvens af lovforslagets § 3, nr. 1, hvor stk. 2 foreslås kun at gælde for somatisk færdigbehandlede patienter. Den fastsatte hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet til kommunerne foreslås også at gælde for psykiatrisk færdigbehandlede patienter efter det nye stk. 3.

Til § 4

Til nr. 1

Regionens ansvar efter sundhedsloven for lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som under sygehusindlæggelse har behov for sådan behandling, forudsætter, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. At denne forudsætning er til stede, fremgår imidlertid ikke udtrykkeligt af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt.

Der foreslås tilvejebragt et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for, at læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse kan foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling. Der foreslås en tilvejebringelse af et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus.

Tilvejebringelsen af det udtrykkelige hjemmelsgrundlag skal sikre, at der heller ikke fremover vil være sygehuslæger, som undlader at foretage lægelig stofmisbrugsbehandling af personer indlagt på sygehus, fordi lægerne har opfattelsen af, at autorisationslovens § 41 afskærer dem herfra.

Til nr. 2

Det følger af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., at ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene kan foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, hvor kommunen i henhold til sundhedslovens § 142, stk. 4, tilvejebringer tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, jf. sundhedslovens § 142, stk. 3. Dog kan andre læger efter autorisationslovens § 41, stk. 1, 2. pkt., foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed.

En anden læges undladelse af straks at iværksætte abstinensbehandling vil kunne være i strid med lægens forpligtelse til under udøvelsen af sin virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17.

Det foreslås tydeliggjort, at lægelige ordinationer som led i abstinensbehandling skal foretages straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser.

Formålet med ændringen er, at tydeliggørelsen skal sikre, at læger bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinens-behandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Til § 5

Til nr. 1

Det følger af retsplejelovens § 469, stk. 1, at hvis den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne begærer, at frihedsberøvelsens lovlighed prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at ophæve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jf. § 235. Sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende sygehus eller afdeling er beliggende.

Det følger endvidere af retsplejelovens § 469, stk. 4, at begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behand-

ling af varigt inhabile regnes fristerne dog fra det psykiatriske patientklagenævns eller Tvangsbehandlingsnævns afgørelse i sagen.

De foreslåede ændringer af retsplejeloven er en konsekvens af de foreslåede ændringer i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. Når der, som følge af ændringerne i psykiatriloven, ikke længere er mulighed for at bruge ordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning, vil det ikke længere være nødvendigt at kunne påklage frihedsberøvelsen til domstolene.

Til § 6

Bestemmelsen vedrører lovens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det foreslås med *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. juli 2019.

Det foreslås endvidere i *stk. 2*, at den foreslåede ændring i sundhedslovens § 238, stk. 3, træder i kraft den 1. januar 2020.

Til § 7

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale gyldighed.

Det følger af § 47 i psykiatriloven at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men ved kongelig anordning helt eller delvist kan sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de færøske eller grønlandske forhold tilsiger.

Det følger af § 97 i autorisationsloven, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Det følger af § 6 i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 278, stk. 1 i sundhedsloven, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland. I henhold til stk. 2, at §§ 5 og 6, kapitel 4-9, §§ 61-63, kapitel 36-38, kapitel 61, kapitel 66-68, og §§ 247-250, 254, 259, 266-268, 272-274 og 276 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger. Det følger endvidere af stk. 3, at kapitel 12 og kapitel 54-57 ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland med de afvigelser, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Bilag 1
Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	§ 1 I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lov-bekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015, med de ændringer, der følger af § 7 i lov nr. 656 af 8. juni 2018 og § 1 i lov nr. 691 af 8. juni 2017 foretages følgende ændringer:
§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 11, § 12, stk. 4, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 1 og 2, § 18 g, § 19 a, stk. 1, og 4, og § 21, stk. 2, er ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.	1. I § 4 a ændres »§ 19 a, stk. 1 og 4« til: »§ 19 a, stk. 1, 4, 6 og 8.«
§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.	2. § 13 a, stk. 1, affattes således: »§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, efter udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.«
§ 13 a. [---] <i>Stk. 2.</i> Sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.	3. I § 13 a, indsættes før stk. 2 som nyt stykke: »Stk. 2. Hvis en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der efter udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.« Stk. 2 bliver herefter stk. 3.
§ 13 d. Overlægen kan inden patientens udskrivning træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, og 1) patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange, 2) patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, 3) patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt og 4) patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opøgende	4. § 13 d og § 13 e ophæves.

<p>behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan overlægen beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Ved medicinering i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal der anvendes lægemidler, for hvilke overlægen kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depotform.</p> <p><i>Stk. 5.</i> En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten.</p> <p><i>Stk. 6.</i> Hvis der er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ved 3-måneders-periodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.</p> <p>§ 13 e. Sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder efter forhandling med justitsministeren om politiets afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op til medicinering, og om sundhedspersonens medvirken hertil.</p>	
<p>Kapitel 5 a. Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.</p>	<p>5. <i>Overskriften</i> til kapitel 5 a affattes således: »Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, samt anvendelse af kropsscannere samt narkohunde m.v.«</p>
<p>§ 19 a. Ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen, kan overlægen med henblik på at sikre, at disse ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse beslutte,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) at en patients post skal åbnes og kontrolleres, 2) at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller 3) at der skal foretages kropsvisitation af en patient. <p><i>Stk. 2.</i> Kropsvisitation efter stk. 1, nr. 3, omfatter ikke undersøgelse af kroppens hulrum.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue og ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb ef-</p>	<p>6. I <i>§ 19 a</i> indsættes efter stk. 5, som nye stykker:</p> <p>»Stk. 6. Overlægen kan i de situationer, der er omfattet af stk. 1, og ved mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande uretmæssigt søges medbragt til afdelingen, uden retskendelse beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.</p> <p><i>Stk. 7.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om anvendelse af kropsscannere.</p> <p><i>Stk. 8.</i> Overlægen kan ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdelings udearealer beslutte, at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af disse arealer.</p> <p><i>Stk. 9.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere retningslinjer</p>

<p>ter stk. 1, tages i forvaring. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v.</p> <p>Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele samt kropsvisitation af patienten m.v.</p>	<p>om anvendelsen af narkohunde i forbindelse med undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer.«</p>
<p>§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, 12, 13, 13 d, 14-17 a, 18 a, 18 c, § 18 d, stk. 2, for så vidt angår personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 f, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18 samt indgreb i henhold til denne lov foretaget over for mindreårige, hvor forældremyndighedens indehaver, jf. § 1, stk. 4, giver informeret samtykke på den mindreåriges vegne.</p>	<p>7. I § 20, stk. 1, udgår »13 d,«</p>
<p>§ 24. Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen efter § 18 f, stk. 1, nr. 2, samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. dog § 40, stk. 4.</p>	<p>8. I § 24, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«</p>
<p>§ 26. Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. For patienter, der er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, finder besøg efter udskrivning sted på behandlingsstedet. Besøg sker på patientens anmodning og kan, såfremt patienten ønsker det, erstattes med telefonsamtale. Lægen på behandlingsstedet har ansvaret for at sikre, at der på patientens anmodning træffes aftale med patientrådgiveren om besøg eller telefonsamtale.</p>	<p>9. I § 26, stk. 1, ophæves 4.-6. pkt.</p>
<p>§ 32. [---]</p> <p><i>Stk. 2.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 3.</i> Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.</p>	<p>10. I § 32, stk. 3, ophæves 2. pkt.</p>

<p>Klage over beslutning om tvungen opfølgning efter § 13 d, stk. 1, har ligeledes opsættende virkning.</p>	
<p>§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.</p>	<p>11. I § 35, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«</p>
<p>§ 36. [---]</p> <p><i>Stk. 2.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 3.</i> Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.</p>	<p>12. § 36, stk. 3, 1. pkt., affattes således:</p> <p>»Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.«</p>
<p>§ 37. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.</p> <p><i>Stk. 2.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 3.</i> Godkender Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, at der etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges, jf. § 13 d, stk. 6. Tvungen opfølgning efter udskrivning kan herefter begæres prøvet ved enhver forlængelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 6.</p>	<p>13. I § 37, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«</p>
	<p>14. § 37, stk. 3, ophæves.</p>
<p>§ 40. [---]</p> <p><i>Stk. 2.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 3.</i> Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13, 13 d og</p>	<p>15. § 40, stk. 3, affattes således:</p> <p>»Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13 og 21, stk. 2, samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.«</p>

13 e og § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og tvungen opfølgning efter udskrivning.	
	16. Overalt i loven ændres »Statsforvaltningen« til: »Nævnenes Hus.«
	<p style="text-align: center;">§ 2</p> <p>I lov om retspsykiatrisk behandling m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1396 af 21. december 2005 foretages følgende ændringer:</p>
	<p>1. i § 1 indsættes som stk. 2:</p> <p>»Stk. 2. Regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, der i henhold til stk. 1, nr. 2, på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.</p>
	<p>2. I § 1 indsættes som nyt <i>stk. 3</i>:</p> <p>»Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af institutioner som nævnt i stk. 2.«</p>
	<p style="text-align: center;">§ 3</p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 191 af 28. februar 2018, foretages følgende ændringer:</p>
<p>§ 238. [---]</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.</p>	<p>1. I § 238, <i>stk. 2</i>, indsættes efter »afsnit VI til«: »somatisk«</p>
<p>§ 238. Bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.</p>	<p>2. I § 238 indsættes efter stk. 2, som nye stykker:</p> <p>»Stk. 3. Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde, som bloktilskuddet til regionerne.</p>

	<p><i>Stk. 4.</i> Taksterne efter stk. 3 får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.«</p> <p>Stk. 3-6 bliver herefter stk. 5-8.</p>
<p>§ 238. [---]</p> <p><i>Stk. 2-3.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 4.</i> Den betaling, som er nævnt i stk. 1 og 3, kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.</p>	<p>3. I § 238, <i>stk. 4</i>, som bliver stk. 6, ændres »stk. 1 og 3« til: »stk. 1 og 5«.</p>
<p>§ 238. [...]</p> <p><i>Stk. 2-4.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 5.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-4, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.</p>	<p>4. I § 238, <i>stk. 5</i>, som bliver stk. 7, ændres »stk. 1-4« til: »stk. 1-6«.</p>
<p>§ 238. [---]</p> <p><i>Stk. 2-5.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 6.</i> Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.</p>	<p>5. § 238, <i>stk. 6</i>, som bliver stk. 8, affattes således:</p> <p>»<i>Stk. 8.</i> Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 og 3 til kommunerne.«</p>
	<p>§ 4</p> <p>I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018, foretages følgende ændringer:</p>
<p>§ 41. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger.</p>	<p>1. I § 41, <i>stk. 1</i>, 1. pkt., indsættes efter »§ 142, <i>stk. 4</i>«: », og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse«.</p>
	<p>2. I § 41, <i>stk. 1</i>, indsættes som 3. <i>pkt.</i>:</p> <p>»I tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser skal ordinationen foretages straks.«</p>
	<p>§ 5</p> <p>I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 1101 af 22. september 2017 (retsplejeloven), som ændret senest</p>

	ved lov nr. 715 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:
<p>§ 469. Begærer den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne, at frihedsberøvelsens lovlighed prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at opheve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jf. § 235. Sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende sygehus eller afdeling er beliggende.</p> <p><i>Stk. 2-3.</i> [---]</p> <p><i>Stk. 4.</i> Begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile regnes fristerne dog fra det psykiatriske patientklagenævns eller Tvangsbehandlingsnævnets afgørelse i sagen.</p>	<p>1. I § 469, <i>stk. 1</i> og <i>stk. 4</i>, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«</p>
	<p style="text-align: center;">§ 6</p> <p>Loven træder i kraft den 1. juli 2019, jf. dog <i>stk. 2</i>.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Lovens § 3, nr. 2, træder i kraft den 1. januar 2020.</p>
	<p style="text-align: center;">§ 7</p> <p>Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog <i>stk. 2</i>.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Lovens §§ 1 og 4 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.</p>